

Nous vous remercions de nous faire part de vos appréciations sur votre séjour au sein de la clinique. Vos remarques et suggestions nous permettront d'améliorer encore plus la qualité de nos prestations.

Date à laquelle vous nous remettez votre questionnaire →

### COMMENT JUGEZ-VOUS LES POINTS SUIVANTS ?

#### VOTRE ACCUEIL

- au bureau des entrées.....
- dans le service de soins.....
- au bloc opératoire (si concerné).....

#### VOTRE DELAI D'ATTENTE

- au bureau des entrées.....
- dans le service de soins.....
- au bloc opératoire (si concerné).....
- à la sortie.....

#### VOTRE INFORMATION

- sur votre entrée.....
- sur votre séjour.....
- sur votre sortie (ordonnance, soins à domicile, heure, transfert).....

#### VOTRE PRISE EN CHARGE

- infirmière / aide-soignante.....
- anesthésique.....
- médicale.....
- autre intervenant (kiné, psychologue, diététicienne, assistante sociale).....

#### VOTRE SEJOUR

- Le soulagement de votre douleur.....
- Le respect de votre intimité.....
- Le respect de votre tranquillité.....
- Le respect de la confidentialité.....
- La qualité des repas.....
- La quantité des repas.....
- La propreté et le linge de votre chambre.....
- Le confort de votre chambre (équipement, température).....

Très satisfait      Satisfait      Passable      Insatisfait































































































Réponses  
facultatives

Chambre n° :

Dates du séjour : du

au

NOM & Prénom :

### VOS REMARQUES OU SUGGESTIONS

Si vous avez apprécié votre séjour ou si vous avez constaté un dysfonctionnement, pouvez-vous le préciser ?



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....